



**ASSISTÊNCIA AO PACIENTE NA FASE FINAL DE VIDA OU EM CUIDADOS
PALIATIVOS É INADEQUADA: OPINIÃO DE ENFERMEIRAS**
**ASSISTANCE TO PATIENTS IN THE FINAL PHASE OF LIFE OR UNDER PALLIATIVE CARE IS
INADEQUATE: NURSES VIEW**
**ATENCIÓN AL PACIENTE EN LA FASE FINAL DE LA VIDA O EN CUIDADOS PALIATIVOS ES
INADECUADA: OPINIÓN DE LAS ENFERMERAS**

Karla Alessandra de Albuquerque¹

RESUMO

Objetivos: avaliar a assistência a pacientes na fase final de vida em Cuidados Paliativos sob a ótica de enfermeiras, e verificar a influência do processo de morte e morrer sobre a assistência de Enfermagem prestada. **Método:** estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, em que foram entrevistadas 37 enfermeiras de um hospital público de grande porte do Recife/PE. As informações foram gravadas e organizadas por similaridade de respostas, levando-se em consideração as ideias centrais das falas, originando três categorias analíticas. **Resultados:** a assistência a estes pacientes foi considerada inadequada pela maioria das enfermeiras, devido à escassez de recursos materiais, recursos humanos, estrutura física e humanização. **Conclusão:** a avaliação contínua da assistência oferecida ao paciente em fase final de vida e em Cuidados Paliativos no âmbito hospitalar torna possível reformular reações, atitudes, sentimentos e comportamentos em relação ao cuidado prestado. **Descritores:** Enfermagem; Assistência; Morte; Cuidados Paliativos; Cuidados no Final da Vida.

ABSTRACT

Objectives: evaluating patient care in the final stage of life under Palliative Care from the perspective of nurses, and verifying the influence of the death and dying process on the provided nursing care. **Method:** an exploratory and descriptive study of a qualitative approach, in which 37 nurses were interviewed at a large public hospital in Recife (PE). The information was recorded and organized by similarity of answers, taking into account the central ideas of the statements, resulting in three analytical categories. **Results:** assistance to these patients was considered inadequate by most nurses, due to the scarcity of material resources, human resources, physical and humanizing structure. **Conclusion:** the continuous evaluation of the assistance provided to patients in the final stage of life and under Palliative Care in hospitals makes it possible to reshape reactions, attitudes, feelings and behaviors in relation to the care provided. **Descriptors:** Nursing; Assistance; Death; Palliative Care; Care at the End of Life.

RESUMEN

Objetivos: evaluar la atención al paciente en la etapa final de la vida en Los Cuidados Paliativos desde la perspectiva de las enfermeras, y la influencia de la muerte y el proceso de morir en la atención de enfermería proporcionada. **Método:** este es un estudio exploratorio y descriptivo con un enfoque cualitativo, en el que se entrevistó a 37 enfermeras de un hospital público grande en Recife (PE). La información fue registrada y organizada por la similitud de las respuestas, teniendo en cuenta las ideas centrales de los estados, lo que resultó en tres categorías analíticas. **Resultados:** la asistencia a estos pacientes se consideró insuficiente por la mayoría de las enfermeras, debido a la escasez de recursos materiales, recursos humanos, estructura física y humanización. **Conclusión:** la evaluación continua de la asistencia proporcionada a los pacientes en la etapa final de la vida y en Los Cuidados Paliativos en los hospitales permite remodelar reacciones, actitudes, sentimientos y comportamientos en relación con la atención recibida. **Descriptores:** Enfermería; Asistencia; Muerte; Los Cuidados Paliativos; Cuidados al Final de la Vida.

¹Enfermeira, Professora Doutora em Ciências, Universidade Federal de Pernambuco/UFPE. Recife (PE), Brasil. Email: karlalbuquerque@yahoo.com

INTRODUÇÃO

Apesar de fazerem parte da vida, a doença e a morte sempre foram as principais inimigas da humanidade. Vivemos numa sociedade que problematiza e dramatiza a morte, que acabou delegando a instituições tecnologicamente equipadas para prolongar a vida, e onde a morte é uma derrota aos seus interesses e a responsabilidade pelo seu cuidado.¹

Vivenciar a morte e a terminalidade, então, é evento cotidiano para os profissionais de saúde e assistir pacientes em fase final de vida acaba tornando-se uma das mais incômodas, constrangedoras e desagradáveis situações do dia a dia profissional.² E os enfermeiros são os que mais sofrem com esta situação. O paciente que está morrendo representa, friamente, uma contradição ao compromisso assumido com a vida e à saúde e uma falha nas suas habilidades e competências, apesar das novas modalidades do cuidar cujo foco principal é o cuidado, e não a cura, como os Cuidados Paliativos.³

Muito se avançou neste íterim com o advento dos Cuidados Paliativos, que além do cuidado, quando a cura não é mais possível, é uma filosofia que prima pelo controle ativo, integral e impecável da dor e outros sintomas que causem sofrimento num espectro multidimensional, além do apoio aos familiares, através de uma equipe interdisciplinar capacitada e que assegure a manutenção da dignidade e da autonomia até a hora da morte,³⁻⁵ no entanto, com frequência, assistir à terminalidade ou cuidar de pacientes em Cuidados Paliativos impõe um fluxo de atividades de Enfermagem, agradáveis ou não, que extrapolam os procedimentos técnicos, e que requerem o exercício contínuo de ajustes e adequações emocionais para o desempenho destas ações. Cria-se outro conflito: o confronto constante entre o alto nível de responsabilidade e o baixo poder de resolução em relação a este paciente.^{2,6-8}

O cuidado ao paciente com uma doença incurável e que está morrendo torna-se, então, uma das situações mais tensas e exigentes para o enfermeiro: tem que ser forte e esperançoso, verdadeiro e ético; seu desempenho tem que ter objetividade e cientificidade; tem que se mostrar afetuoso e pessoal; precisa se esforçar com tenacidade para cuidar e, muitas vezes, salvar vidas; é responsável por si mesmo, pela sua equipe, pelo seu Código de Ética Profissional, pela comunidade, pelos seus colegas, pelo paciente e pela família.⁹ É o enfermeiro quem assume a responsabilidade da assistência nos momentos difíceis: cuidados de higiene, hidratação, medicação, alívio da dor e outros sintomas ameaçadores e conforto; é o

profissional que se compadece, preocupa-se com o sofrimento, lida com os sentimentos do paciente e de sua família, e quando o paciente morre, é quem toma as primeiras providências para preparação e liberação do corpo; faz o que está ao seu alcance para manter o paciente vivo, mantendo um alto padrão da qualidade na assistência ao mesmo tempo em que luta para manter a dignidade deste na hora da morte.^{10,11}

Nos últimos anos, várias pesquisas²⁻¹¹ sobre a qualidade da assistência e qualificação profissional no cuidado à terminalidade e em Cuidados Paliativos foram realizados e evidenciaram inúmeras limitações profissionais. Por outro lado, estes estudos também mostraram muitos aspectos que têm contribuído para o desenvolvimento da assistência, relacionados com o todo da profissão, com o ser enfermeiro, o ser paciente e o ser equipe interdisciplinar. Entretanto, a literatura que trata sobre o binômio Enfermagem/paciente em fase final de vida ainda deixa lacunas de conhecimentos, discussões e avaliações sobre os esforços dispensados no cuidar deste tipo de paciente, tornando pertinente a realização de novos estudos.

Desse modo, este estudo pretende avaliar a assistência a pacientes na fase final de vida ou em Cuidados Paliativos, sob a ótica de enfermeiras, e verificar a influência do processo de morte e morrer sobre a assistência de Enfermagem prestada.

MÉTODO

Estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, no qual enfermeiros assistenciais de um hospital universitário de grande porte na cidade do Recife - PE, referência no Norte-Nordeste do Brasil, que atuavam em clínicas de internação adulto e neopediátrica, em ambos os turnos (diurno e noturno), no ano de 2012, foram convidados a participar do estudo. Do total da população, 37 enfermeiras aceitaram participar e atenderam aos critérios de elegibilidade: idade acima de 18 anos e não estar de férias ou licença durante o período da pesquisa.

Construiu-se um roteiro de entrevista semi-estruturado, com questões direcionadas a identificar o significado, sentimentos e reações diante da morte e do morrer para as enfermeiras estudadas e avaliar a assistência prestada pelos profissionais de saúde ao paciente em fase final de vida ou em Cuidados Paliativos, sob a opinião das entrevistadas, verificando a influência do primeiro sobre o segundo.

As participantes foram recrutadas no seu turno de plantão e as entrevistas realizadas individualmente, em local reservado, em dia e

Albuquerque KA de.

horário marcados previamente, de acordo com disponibilidade individual, registradas em gravador ou não, respeitando-se a decisão da entrevistada para tal procedimento. Às que aceitaram participar, foi feita a explicação dos objetivos do estudo, riscos e benefícios e procedimentos de coleta, e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, permanecendo uma com a pesquisadora e outra com a entrevistada.

As participantes do estudo foram identificadas por códigos, a fim de proteger sua identidade, e os discursos em cada grupo de itens foram agrupados por similaridade de respostas através da fundamentação teórico-metodológica da abordagem de conteúdo, levando-se em consideração as idéias centrais das falas, sendo possível identificar categorias e subcategorias.

Todos os aspectos éticos e legais de pesquisa com seres humanos foram contemplados, conforme Resolução nº196/96, do Conselho Nacional de Saúde, e obteve-se aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sendo aprovado sob o protocolo de nº014/2010-CEP/CCS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Variáveis como idade, sexo, religião, tempo de formado, tempo de atuação e tempo no setor foram coletadas e sofreram análises descritivas. Das 37 enfermeiras participantes, a maioria era do sexo feminino (82,9%), católica (40,6%), com idade entre 25 e 40 anos (83,4%), atuantes em clínicas de internação adulto (89,1%), durante o turno diurno (59,5%), com mais de 10 anos de formadas (48,6%) e lotadas no atual setor de atuação há aproximadamente 5 anos (97,3%).

Na análise destas características da amostra considera-se pertinente pontuar algumas questões que podem contribuir positiva ou negativamente com a questão da terminalidade da vida. Idade e religião são extremamente importantes para a percepção e convivência do indivíduo com a finitude no seu cotidiano. Nas fases da vida adulta entre 30 e 40 anos o ser humano está intimamente ligado à vida e às conquistas futuras; a morte é uma possibilidade irreal e distante de ser compreendida e aceita.¹² Tudo isto é permeado pelos ensinamentos religiosos adquiridos e seguidos durante a vida. A maneira como o homem se relaciona com a Divindade, que dirige e controla o curso da natureza e da vida, determina atitudes e comportamentos mais concretos diante da morte, resignificando-a como sinônimo de

Assistência ao paciente na fase final de vida e em...

castigo ou perdão ou transição para um estado mais amplo de desenvolvimento espiritual.²

Apesar das enfermeiras entrevistadas possuírem familiaridade com a rotina e as particularidades de cada clínica, durante o exercício da profissão, unidades como UTI e hemodiálise a morte pode ser uma rotina.^{5,13}

[...] já faz parte do dia-a-dia[...] o óbito já é uma rotina (7.7S)

No entanto, algumas áreas de conhecimento, como cirurgia e neopediatria, os enfermeiros objetivam salvar vidas, não sendo a morte uma possibilidade real, e bastante doloroso e frustrante o encontro dos profissionais que atuam nesta área com ela. Lidar com a morte pode ser ter que lidar com momentos de grande estresse, sofrimento e dor e com a certeza de que a doença e a morte não escolhem sexo, idade ou classe social; é a constatação da própria morte ou finitude.^{8,14}

É difícil[...] aquelas mães, aquela família, não dá pra se conformar. Morte não é para criança. (32.9N)

Para fins de discussão sobre a qualidade da assistência, durante a análise dos conteúdos das entrevistas, estipulou-se 03 categorias que se acredita construir e embasar a avaliação da assistência: Sentimentos diante da terminalidade como vivência profissional e percepção dos cuidados dedicados ao paciente em fase final ou em Cuidados Paliativos; Influência da terminalidade e da impossibilidade de cura nas reações diante da morte do paciente; e Avaliação da assistência ao paciente em fase final de vida ou em Cuidados Paliativos.

♦ Categoria 1 - Sentimentos diante da terminalidade como vivência profissional

Os profissionais de saúde são preparados para a manutenção da vida. Lidar com situações onde isto não será possível pode ser um problema. Significar e resignificar a morte, a terminalidade humana e a impossibilidade de cura transforma-se em tarefa diária e direciona a qualidade da assistência a ser prestada. O enfrentamento faz florescer inúmeros sentimentos e pode se manifestar de diversas formas, no entanto, nunca sem consequências.

As enfermeiras são, em sua maioria, profissionais que se mostram humanas e solidárias. Poucas são as que parecem distantes e frias e que acreditam que deve haver uma relação dissociada entre paciente e profissional de saúde. Porém, a proximidade e vivência cotidiana com o paciente que está morrendo não são suficientes para a aceitação da morte. Impotência, fracasso, culpa são

Albuquerque KA de.

consequências da negação da morte e trazem muito sofrimento profissional.^{6-7,9,11}

Os sentimentos descritos pelas enfermeiras entrevistadas se mostraram ora simétricos, ora ambíguos, ora conflituosos e antagônicos. A maioria descreveu, assim como em outros estudos^{2,5-11,13}, sentimentos como impotência e incapacidade. Descanso, respeito, aceitação e indiferença também foram mencionados. No entanto, para algumas das enfermeiras, o sentimento despertado vai depender de outros fatores, como idade do paciente, patologia, tempo de internamento, dentre outros.

[...] sinto impotência, pois apesar de tudo, de todo esforço que se empregou, não adiantou. Poderia ter sido feito alguma coisa, talvez a gente possa salvar[...] (13.8S)

Sinto como um ser humano. Respeito pelo momento que está passando. Respeito pelos familiares. (8.9S)

Será o fim de um tormento, um descanso (20.5S)

Dependendo do paciente, da idade, da causa, sinto pesar e, por vezes, até tristeza. Por outras vezes, sinto até um certo alívio pelo fim do sofrimento do paciente. (19.5S)

Acho que sou insensível. Você vai escapar de morrer? Eu vou? Não, todos nós vamos vivenciar, querendo ou não vamos ter que passar. (33.7N)

[...] me deparo e não tenho reação[...] não sei se defeso[...] Sei, sinto, mas não demonstro. Me sinto insensível. (3.5S)

A ambiguidade de sentimentos reflete a relação conflituosa do ser humano com a terminalidade da vida. A morte é considerada implacável, traz dor, tristeza, perda. Mas, como não se pode vencê-la, a sua aceitação pode torná-la menos dolorosa.¹⁵ Associado a isto, pelo tipo de cuidados sob sua responsabilidade e pela proximidade com os pacientes e seus familiares, a enfermeira fica numa posição intermediária entre a objetividade da atuação e o cotidiano nada heróico diante das necessidades físicas e psíquicas do paciente na fase final de vida ou em Cuidados Paliativos, oscilando entre a técnica e a dedicação, a ciência e o baixo poder de decisão.^{6-11,13} Conservar o paciente limpo, alimentado e confortável, prevenir complicações, escolher entre a beneficência e a não maleficência, manter a autonomia e a dignidade do paciente, evitar contaminação e outros cuidados característicos e únicos da prática de Enfermagem, ou trabalhar com famílias vivendo sob a tensão de uma morte iminente, fazem parte de um cotidiano dinâmico e nada fácil. Entretanto, a elas não cabe a decisão sobre as intervenções que serão feitas, ou não, naquele paciente^{10,11,15},

Assistência ao paciente na fase final de vida e em...

reforçando a sensação de impotência e incapacidade:

É incapacidade, mãos atadas: tenho todos os recursos da Medicina ao meu dispor, toda tecnologia, para a hora que eu quiser, e de nada eles me servem, nada posso fazer. (29.5S)

Porem, em Cuidados Paliativos, a Enfermagem é uma área de conhecimento crescente, capaz de questionar, avaliar, analisar e decidir o cuidado, e a atuação do enfermeiro, juntamente com os outros membros da equipe, é essencial na preservação da integridade e dignidade do paciente em seus últimos momentos de vida. E isto pode ser extremamente benéfico e diminuir os transtornos causados pelo contato próximo com a morte.¹⁶

O entendimento dos sentimentos despertados pela convivência com o paciente em fase final de vida ou em Cuidados Paliativos fomentou o entendimento da segunda categoria de análise: o quanto cuidar de um paciente em fase final ou cuja cura não é mais possível influencia nas reações que este profissional tem quando o paciente morre.

♦ Categoria 2 - Influência da terminalidade e da impossibilidade de cura nas reações diante da morte do paciente.

Morte e morrer, ainda que pareçam a mesma coisa, são diferentes. Morte é o final da vida biológica. Morrer é o processo através do qual ocorre a morte. O homem pode superar seus problemas com a morte. Já o morrer está ligado ao extinto de sobrevivência, à preservação em situações de perigo, o que pode ser saudável. Porém, o que pode acompanhar este acontecimento causa grande temor, tanto em quem está vivenciando a morte, como aos que estão ao seu redor e são responsáveis pelo seu cuidado.¹⁷

A morte e o morrer são fatos tão temidos pela equipe, paciente e seus familiares, que se podem criar situações de fuga nestas ocasiões. Fuga do encontro com a morte, fuga das perguntas dos familiares, fuga dos cuidados que o paciente necessita, fuga dos próprios medos, fuga da própria morte, fuga e delegação das suas responsabilidades a outros.⁵⁻¹⁵ Isto foi fortemente constatado quando questionamos aos enfermeiros qual a reação destes diante da morte do paciente e no quanto a proximidade da morte ou da impossibilidade de cura influenciava nestas reações:

O corpo me choca. O corpo sem vida eu não gosto; corro de perto. O que eu vivencio é

Albuquerque KA de.

sempre não ter mais o que fazer, fico muito frustrada. (1.8N)

Fujo bastante da situação, não gosto de ver. Como as auxiliares daqui são muito boas, delego a elas a maior parte dos cuidados, só faço o que realmente elas não podem. (26.5N)

Os profissionais vivenciam, diante da morte e morrer, os mesmos estágios de negação, raiva, barganha, depressão e aceitação descritos por Elizabeth Kubler-Ross.¹⁷ Para esta autora, os profissionais associam o vínculo com o paciente e o tempo de experiência profissional com a intensidade e a presença de sentimentos e emoções durante o cuidado com este e o preparo do corpo pós-morte, passando a considerar estas situações como rituais que levam a reflexão e amadurecimento.¹⁸

Preparação do profissional para o que estar por vir. O morrer prepara o profissional para amadurecer e aceitar melhor o momento. (23.9S)

[...] é o processo natural da vida. Sabemos quando o paciente vai melhorar ou não, e isto já ajuda[...] ajuda a lidar também com os familiares. (28.5S)

Mesmo assim, para as enfermeiras entrevistadas, perder um paciente não é fácil e marca a trajetória profissional, como encontrado na literatura.²⁰ Todas elas citaram a primeira vivência profissional com o paciente em fase final como algo bastante marcante e que despertou sentimentos que se perpetuam até os dias atuais:

[...] fiquei na hora bem forte, mas quando sai chorei, chorei, só conseguia chorar. Foi trágico, trauma mesmo. Fiquei desorientada, não sabia de mais nada. A pior parte foi a mãe. Quem ia consolar aquela mãe? Até hoje tenho vontade de chorar[...] Eu não podia salvar todas as vidas! [...] me senti ainda mais impotente. Era estudante, ainda tinha muita coisa a aprender. (13.8S)

Senti tanto remorso[...] o paciente era bastante dependente, já cheguei pensando em toda a rotina, banho no leito[...] porém havia ido a óbito na mesma manhã[...] que tristeza. (7.7S)

Foi horrível. Todo mundo querendo salvar, tirar ela da PCR e depois, quando fui preparar o corpo, tive medo que ela voltasse. Fiquei pensando: meu Deus, todo mundo querendo que ela volte e eu com medo! Foi chocante, acabou tudo para ela. (18.8N)

A paciente foi a óbito e as auxiliares que preparavam o corpo conversavam sobre outro assunto e por vezes riam. Eu estava sentada na frente, chorava e não conseguia entender como elas não estavam comovidas

Assistência ao paciente na fase final de vida e em...

com o acontecido. Sofri muito, sofro muito[...] (19.5S)

Contudo, de acordo com os depoimentos, pode-se ver que, mesmo marcados pela experiência de perda do paciente, com o passar do tempo, os profissionais podem sentir seu sofrimento amenizado quando se apropriam do cumprimento do seu papel, da sua função, pautados no seu preparo técnico-científico¹⁴, nas diferentes etapas do processo de cuidado do paciente em fase final de vida ou em Cuidados Paliativos.

Mesmo em situações difíceis, levo em consideração o que posso fazer para auxiliar na assistência. Tenho muito mais respeito pelo doente, pela família, pela situação[...] quero o bem-estar de todos (15.6S)

Antes eu achava que tinha feito tudo o que podia, hoje eu tenho certeza que fazemos tudo o que podemos[...] e devemos: respeitar (33.7N)

A partir do conhecimento da influência que a convivência com o paciente em fase final demanda e das reações frente a esta convivência, solicitou-se as enfermeiras que avaliassem a assistência oferecida a estes pacientes pela equipe interprofissional, observando-se os seguintes aspectos da assistência: recursos materiais, recursos humanos, estrutura física e humanização.

♦ Categoria 3 - Avaliação da qualidade da assistência ao paciente em fase final de vida e/ou Cuidados Paliativos.

Nos dias atuais, a qualidade é imprescindível ao desenvolvimento de qualquer empresa. Porém, existe uma diferença significativa entre qualidade da empresa-indústria e da empresa-hospital; na primeira é possível recuperar peças defeituosas, na segunda dificilmente haverá oportunidade e qualquer falha resultará em sofrimento. Qualidade da assistência em saúde tem sido tema recorrente, e ainda bastante polêmico, e a qualidade da assistência de Enfermagem perpassa vários aspectos que se relacionam diretamente com o ser enfermeiro.¹⁹ Sendo assim, no que se refere à qualidade da assistência oferecida ao paciente em fase final ou em Cuidados Paliativos, por vários motivos, esta foi considerada inadequada pela maioria das entrevistadas:

O ambiente hospitalar é muito duro, frio[...] De modo geral, os médicos são frios, grosseiros e mal-educados; falam com muita crueldade sobre os problemas do paciente. (21.6S)

A compreensão é pouca, o conforto[...] Não entendemos, às vezes, o que aquela família está passando; os médicos são muito frios, tratam o paciente como um órgão, um pedaço de carne que está precisando de reparo; o ser

Albuquerque KA de.

humano desaparece, o que vale é o seu interesse naquele, depois que seu interesse acaba, aquela pessoa passa a não valer mais nada. (34.8N)

No âmbito de procedimentos técnicos, a assistência foi considerada parcialmente adequada por uma pequena parcela das entrevistadas, contanto que haja aprimoramento em alguns aspectos:

Do ponto de vista técnico, bem. Mas até onde posso ir e onde devo parar? Até onde temos segurança? Até onde estou matando ou deixando descansar? (9.5N)

Sinto grande sentimento de realização profissional quando faço jus ao cuidar nos casos em que o prognóstico é tão ruim, porém acredito que toda equipe deve sempre estar sendo trabalhada quanto à humanização da assistência, por exemplo, é preciso fazer concessões para que a família visite com mais frequência o paciente. (19.5N)

Acho que temos muita habilidade técnica, mas do lado humanitário ainda nos falta progredir muito. (33.7N)

O cuidado ao ser humano, que é formado por uma complexa interação de aspectos físicos, psicológicos, religiosos, sociais e ambientais, tem se restringido ao funcionamento do corpo - uma máquina cujas peças são analisadas, estudadas e qualquer defeito de funcionamento de um mecanismo específico, é consertado física ou quimicamente. Este modelo de cuidado, embora tenha iniciado há séculos passados, persiste até os dias atuais.^{4,16}

Em contrapartida, o cuidado tem sofrido modificações. Cada vez mais há profissionais interessados no modelo de cuidado do Cuidado Paliativo, que inclui dimensões físicas, emocionais, espirituais, sociais e ambientais na sua filosofia.^{3,4,16} A cada dia tem-se dado maior ênfase à natureza holística do cuidado e da saúde, fato que tem exigido dos profissionais da saúde uma assistência não só de cunho biológico, mas que busque também atender as necessidades psicossociais e religiosas do paciente e de sua família, percebendo a importância de se solicitar o auxílio de profissionais devidamente preparados e capacitados, permitindo a presença e participação dos familiares na assistência e respeitando crenças e necessidades espirituais e sociais dos pacientes.¹¹

[...]um ambiente mais humanizado, com música ambiente, vários telefones para acionar a família, para ela estar ao lado do paciente[...] tudo isso falta muito (4.85)

Por outro lado, instituições e equipes de cuidado ainda não adeptaas ao Cuidado Paliativo parecem alheias às necessidades do cliente internado, estipulando uma série de regras rígidas que devem ser cumpridas por todos. A

Assistência ao paciente na fase final de vida e em...

assistência se limita ao cuidado (leia-se técnicas) médico e de Enfermagem, ficando outros tipos de assistência relegados a segundo plano.^{1,2,16,18} No que se refere a este estudo, apenas uma das clínicas pesquisadas possui atendimento psicológico de rotina e a visita de representantes religiosos pode acontecer, desde que em horários previamente estabelecidos e controlados pelos membros da equipe.

Ressalta-se que o cuidado, para ser efetivado, necessita da provisão de recursos materiais e pessoais adequados, em quantidade e qualidade. Contudo, a realidade é bem diferente.

O apoio, o carinho, a assistência religiosa, psicologia, assistente social, às vezes, é esquecida e recai sobre a enfermeira, que acaba se sobrecarregando e não dando conta de tudo. (26.5N)

O que se vê é um esforço demasiado em se possuir os mais recentes avanços da tecnologia médica, que só serão usufruídos por uma pequena parcela da população e, em contraponto, materiais necessários para assistência diária, como gases, algodão, luvas, soluções, colchões, camas adequadas, dentre tantos outros, estão constantemente em falta. Não que os avanços tecnológicos não sejam importantes, pelo contrário, devem ser sempre buscados, mas não se deve deixar em segundo plano os recursos primários da assistência. Esta falta de materiais afeta diretamente os profissionais que atuam em serviços de internação, visto que o seu material de trabalho diário freqüentemente não está disponível, interferindo na qualidade da assistência que é oferecida.

Na maioria das vezes, a enfermeira está tão atribulada com seus afazeres, tanta coisa pra fazer, falta tanto material, que não dispõe de tempo para conversar com o paciente, ouvi-lo principalmente, pois, muitas vezes, este necessita de alguém que o escute. (24.4S)

Outro ponto importante é que o inadequado dimensionamento de pessoal de Enfermagem e a alta carga horária de trabalho a que são expostos ainda é problema enfrentado. Feito o calculo para a instituição estudada de acordo com as normatizações do Conselho Federal de Enfermagem²⁰, encontrou-se um quantitativo de enfermeiros 2-3 vezes menor que o ideal, o que resulta em sobrecarga de trabalho, principalmente para enfermeira, que, além de funções técnicas de alta complexidade, assume funções administrativas diversas, deixando de ouvir, tocar, apoiar - cuidados inexoráveis do relacionamento enfermeiro-paciente. Daí resulta a falta de tempo, de pessoal e de disponibilidade referidos, no entanto, acreditamos que, mesmo com essa

Albuquerque KA de.

sobrecarga de funções, o cuidado em Enfermagem, com base no respeito e na atenção ao cliente, não deve jamais ficar em segundo plano, principalmente quando se trata do paciente com grande sobrecarga de sintomas e cuidados, como aquele em fase final de vida ou em Cuidados Paliativos, que necessita de esforços e atenção redobrados da equipe de saúde.

Avaliando-se outros aspectos da assistência ao paciente em fase final de vida, as enfermeiras foram indagadas sobre a maneira como encaravam os esforços, a atenção e a assistência que dedicavam ao paciente que estava morrendo. Percebeu-se uma grande ambiguidade na percepção das enfermeiras entrevistadas sobre esses aspectos. Se por um lado, uma parcela delas destacou novamente o sentimento de impotência e frustração:

Tento oferecer todos os cuidados, pois tem que morrer dignamente[...] Há momentos que se sente frustrada, impotente, às vezes a conduta é errada, é extrema, desnecessário tanto investimento, mas é trabalho em equipe[...] (8.9S)

Por outro lado, a maioria das entrevistadas frisou como prioridade a filosofia paliativa de promoção de conforto e dignidade ao paciente. Esta busca de conforto é o objetivo primário da Enfermagem, que, na sua prática, envolve cuidados com a higiene, hidratação, medicação, conforto e alívio da dor. Objetiva conservar o paciente limpo, alimentado e confortado.^{2,5-11,13,16} Estes objetivos também são partilhados pela filosofia e princípios do Cuidado Paliativo, tornando-o parceiro natural da assistência de Enfermagem. Neste sentido, nas falas que se seguem, o cuidado de Enfermagem foi considerado bastante importante para os pacientes em fase final de vida:

Tem que fazer o melhor para proporcionar conforto, para nós é um privilégio estar no leito de morte de alguém: a minha mão é a última que o paciente segura, escuto as últimas palavras, vejo os últimos olhares, estou presente nos seus últimos momentos de vida[...] (5.7N)

Acredito que uma das grandes belezas da Enfermagem é cuidar sem necessariamente depender do diagnóstico ou prognóstico. É claro que todos os meus esforços visam a recuperação[...] porém quando todos os investimentos de cura não são mais possíveis, posso proporcionar-lhe alívio da dor, conforto, segurança, atender seus desejos (se possível), tentar minimiar seu sofrimento, posso até fazer muita coisa sem necessariamente usar medicações. Às vezes um banho, uma posição, uma conversa, uma atenção maior, atender a um desejo, coisas simples, porém importantes. (19.5S)

Assistência ao paciente na fase final de vida e em...

Me vejo no lugar deles, drenos, edema, sem conforto, todo mundo resolvendo tudo sobre a vida e a morte deles. Você investe quando sabe que tem retorno[...] mas do conforto e de respeitar em tudo eu não abro mão! De ficar naquele momento bem. Deve ser desconfortável demais, suado, secreções[...] não! Tem q ter dignidade! (1.8N)

Parece estar claro nestes depoimentos que as enfermeiras valorizam sobremaneira o cuidado básico de Enfermagem, que também está intimamente ligado aos princípios básicos dos Cuidados Paliativos^{4,5}, e que busca proporcionar conforto ao paciente, manter a sua dignidade e a humanização do cuidado até após a morte e processo de luto. Neste cerne, os profissionais podem oferecer ao paciente em fase final de vida ou em Cuidados Paliativos, uma morte menos sofrida, para ambas as partes, através de uma assistência de qualidade baseada na humanização, no respeito e na preservação da dignidade humana.

Mesmo assim, embora as entrevistadas tenham considerado os cuidados prestados importantes em mais da metade das falas, acredita-se que elas ainda não estejam preparadas para lidar com o paciente e seus familiares durante a fase final da vida ou diante da incurabilidade da doença, demonstrando que este tema ainda incomoda, suscita temor, medo e angústias, e interfere na assistência prestada aos pacientes em fase final de vida e em Cuidados Paliativos.

Apesar dos achados positivos dessa pesquisa, algumas limitações impuseram-se, dentre as quais, a resistência de algumas enfermeiras em aceitar participar do estudo, alegando não se identificarem com o tema, o que resultou em perda de 26,2% da amostra. Amostras maiores, abordando outros aspectos da avaliação da qualidade (como indicadores de qualidade), avaliação concomitante de aspectos clínicos dos pacientes (diagnóstico, fase do tratamento, *Karnofsky Performance Status*) e de outros atores envolvidos na assistência, poderão também fornecer espectros diversos e amplos de análises.

CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou temores e perturbações advindas da representação que a morte tem para as enfermeiras em situações cotidianas, sentindo-se ameaçadas e impotentes, interferindo na assistência a pacientes em fase final de vida e Cuidados Paliativos.

A qualidade da assistência de Enfermagem que é prestada a estes pacientes foi considerada ainda aquém da ideal, necessitando melhorá-la

Albuquerque KA de.

em muitos aspectos, principalmente no âmbito da humanização, presença de outros membros da equipe interdisciplinar e adequado quantitativo de profissionais de Enfermagem. A percepção da precariedade dessa assistência e aonde se encontram as falhas, podem ser o início na busca de mudança de atitudes e comportamentos das enfermeiras, em que se contemple o que há de mais *humano* em cada cuidado prestado e onde o trabalho sincronizado e organizado leva ao sucesso da assistência.

Reconheceu-se que cuidar destes pacientes não é tarefa fácil para as enfermeiras, haja vista a gama de procedimentos técnicos e cuidados especializados que lhes são exigidos; e apesar do sentimento de impotência e incapacidade estarem presentes e interferirem negativamente na percepção dos cuidados prestados, diante do processo terminalidade, as enfermeiras devem repensar seus medos e angústias e auxiliar o paciente e seus familiares na aceitação e vivência do morrer e da morte.

Ao mesmo tempo em que as instituições hospitalares devem oferecer meios para tornar o cuidado mais humanizado, este tema deveria ser mais discutido durante a formação profissional, preparando estes profissionais para lidar não só com a morte, mas com conflitos e dores de perdas de seres humanos, dentre outros. Acredita-se que, talvez, este seja um dos caminhos possíveis para um confronto menos solitário e angustiante, possibilitando ao profissional manter os valores da dignidade, do respeito e da humanização do cuidado.

REFERENCIAS

1. Laufer L. A “bela morte”. *Ágora* [Internet]. 2012 [cited 2013 Apr 18];15(1):15-31. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/agora/v15n1/v15n1a02.pdf>
2. Oliveira PP, Amaral JG, Viegas SMF, Rodrigues AB. Percepção dos profissionais que atuam numa instituição de longa permanência para idosos sobre a morte e o morrer. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2013 [cited 2014 May 27];18(9):2635-44. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a18.pdf>
3. Rutz PA, Buss TM, Coelho AS, Cardozo GRI, Alves ON. The essence of interdisciplinary practice in palliative care delivery to cancer patients. *Invest educ enferm* [Internet]. 2012 [cited 2013 Apr 18]; 30(2):231-9. Available from: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/8362/11362>
4. Lopes MEL, Fernandes MA, Platel ICS et al. Cuidados Paliativos: compreensão de

Assistência ao paciente na fase final de vida e em...

- enfermeiros assistenciais. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2013 [cited 2014 May 25];7(1):168-75. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3737/5464>.
5. Mitchell H, Noble S, Finlay I, Nelson A. Defining the palliative care patient: its challenges and implications for service delivery. *BMJ Support Palliat Care* [Internet]. 2013 Mar [cited 2013 Apr 20];3(1):46-52. Available from: <http://spcare.bmj.com/content/3/1/46>
6. Kuhn T; Lazzari DD, Jung W. Vivências e sentimentos de profissionais de enfermagem nos cuidados ao paciente sem vida. *Rev bras enferm* [Internet]. 2011 [cited 2013 Apr 20]; 64(6):1075-81. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a13.pdf>
7. Lunardi Filho WD, Sulzbach RC, Nunes AC, Lunardi VL. Percepções e condutas dos profissionais de enfermagem frente ao processo de morte e morrer. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2001 [cited 2013 Apr 19];10(3):60-81. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000400015
8. Souza LF, Misko MD, Silva LPK, Santos MR, Bousso RS. Morte digna da criança: percepção de enfermeiros de uma unidade de oncologia. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2013 [cited 2013 Apr 19];47(1):30-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a04v47n1.pdf>
9. Mota MS, Gomes GC, Coelho MF, Lunardi Filho WD, Sousa LD. Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2011 [cited 2013 Apr 20];32(1):129-35. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n1/a17v32n1.pdf>
10. Borges MS, Mendes N. Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. *Rev bras enferm* [Internet]. 2012 [cited 2013 Apr 19];65(2):324-31. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a19.pdf>
11. Silva Júnior FJG, Santos LCS, Moura PVS, Melo BMS, Monteiro CFS. Processo de morte e morrer: evidências da literatura científica de enfermagem. *Rev bras enferm* [Internet]. 2011 [cited 2013 Apr 10];64(6):1122-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a20.pdf>

Albuquerque KA de.

Assistência ao paciente na fase final de vida e em...

12. Sommerhalder, Cinara. Sentido de vida na fase adulta e velhice. *Psicologia: Reflexão e Crítica* [Internet]. 2010 [cited 2014 May 28];23(2):270-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v23n2/v23n2a09.pdf>
13. Silva RS, Campos AER, Pereira Á. Cuidando do paciente no processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2011 [cited 2013 Apr 30];45(3):738-44. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a27.pdf>
14. Scarton J, Poli G, Kolankiewicz ACB et al. Enfermagem: a morte e o morrer em Unidade de Terapia Intensiva pediátrica e neonatal. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2013 [cited 2013 Apr 30];7(10):5929-37. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3324/7385>.
15. Faria DA, Maia EM. Nursing professionals' anxiety and feelings in terminal situations in oncology. *Rev Latino Am Enfermagem* [Internet]. 2007 [cited 2013 Apr 30];15(6):1131-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000600012
16. Kaasalainen S, Brazil K, Ploeg J, McAiney C, Martin-Misener R, Donald R et al. Role of the nurse practitioner in providing palliative care in long-term care homes. *Int J Palliat Nurs*. 2013 [cited 2013 Apr 20];19(10):477-85. Available from: <http://dx.doi.org/10.12968/ijpn.2013.19.10.477>
17. Kubler-Ross E. Sobre a morte e morrer: o que os doentes tem para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos próprios parentes. 7th ed. São Paulo: Martins Fontes; 1997.
18. Pitta A. Hospital: dor e morte como ofício. 4th ed. São Paulo: Hucitec; 1999. 198p.
19. Bonato VL. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. *O Mundo da Saúde*. 2011[cited 2013 Apr 20];35(5):319-31. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/gestao_qualidade_saude_melhorando_assistencia_cliente.pdf
20. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 294, de 21 de setembro de 2004. Fixa e estabelece parâmetro para o dimensionamento do quadro de profissionais de Enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde. Brasília, DF; 2004.

Submissão: 08/06/2015

Aceito: 11/05/2016

Publicado: 01/07/2016

Correspondência

Karla Alexsandra de Albuquerque
Rua da Consolação, 3075, Ap. 514
Bairro Cerqueira Cesar
CEP 01416-001— São Paulo (SP), Brasil